ANNÉE 1910 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

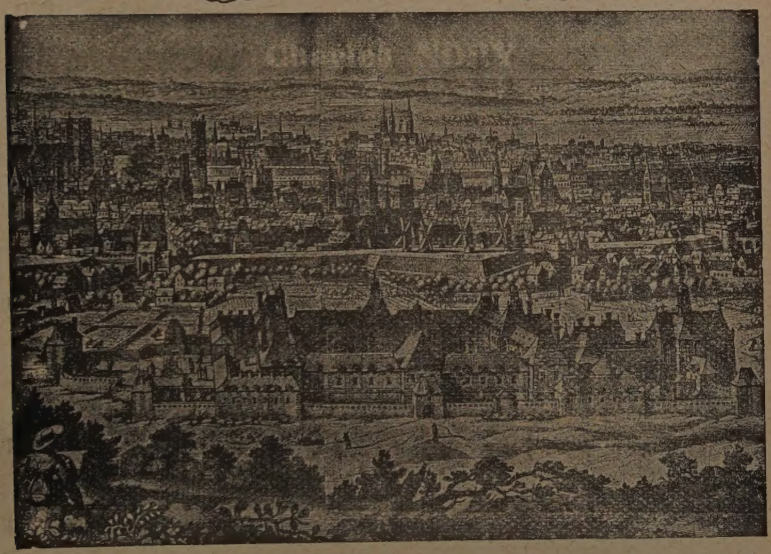
# THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 26 Janvier 1910, à 1 heure*

PAR

**Pierre BOURROUILLOU**

Né à Marseille le 23 Décembre 1882




*L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620*

## Contribution à l'étude des Gommes syphilitiques précoces

*Président :* M. GAUCHER, *professeur*

*Juges :* MM. SEGOND, *professeur*
DELBET, *agrégé*
LOEPER, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

**HENRI JOUVE, Editeur**

*15, Rue Racine, 15*

1910

# *Faculté de Médecine de Paris*

| | |
|---|---|
| LE DOYEN | M. LANDOUZY |
| PROFESSEURS | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (F.) | DUVAL (P.) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LORPER | RENON |
| BROCA (A.) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET (A.) | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE (M.) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA FAMILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
# *Gommes Syphilitiques précoces*

---

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS

Dans la majorité des cas, la syphilis commune, observée par les cliniciens, était considérée comme une maladie à évolution méthodique, « maladie hiérarchique » suivant l'expression de Ricord, accomplissant son évolution en trois étapes ou périodes : primaire, secondaire, tertiaire.

De même disait-on que l'apparition de l'accident primitif est séparée du moment de la contagion par une période d'incubation, l'apparition des accidents secondaires, ou période secondaire est aussi précédée d'une seconde période d'incubation qui la sépare fatalement de la première.

Quant à la troisième étape ou période tertiaire, elle succède, dans ses manifestations, ordinairement

d'assez loin (quelquefois de très loin) à la précédente.

Cette manière de voir a été quelque peu modifiée par l'observation d'un certain nombre de faits incontestables qui ont montré que les accidents secondaires et tertiaires ne se succèdent pas toujours dans un ordre aussi rigoureux qu'on le pensait. Actuellement, si tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître que l'accident primitif est toujours le chancre, on sait d'autre part que des accidents nettement secondaires, tels que les plaques muqueuses, peuvent se montrer des années après l'accident primitif, et que des accidents tertiaires coexistent parfois avec les accidents secondaires et même avec l'accident primitif. C'est en considération de ces faits que M. le professeur Gaucher, et sa conception est généralement admise, enseigne : il n'y a pas à proprement parler d'accidents secondaires ou tertiaires, mais une période secondaire, pendant laquelle les lésions sont disséminées et généralisées et une période tertiaire pendant laquelle les lésions de même forme d'ailleurs sont localisées et groupées.

A côté de la forme habituelle de la syphilis considérée au point de vue de son évolution, nous rencontrerons donc des formes cliniques, à marche extrêmement rapide, dans lesquelles par exemple les accidents du tertiarisme au lieu de se manifester au cours de la quatrième année ou dans les années suivantes, comme c'est la règle, apparaîtront en même temps que les accidents de la période secondaire et même

de la période primaire ; et nous verrons dans quelques cas, assez rares il est vrai, réunis chez un même malade, en même temps le ou les chancres, des syphilides secondaires et des gommes apparues alors même que l'accident primitif n'est pas encore cicatrisé.

Ce sont là des formes anormales de la maladie qui révèlent, sans préjuger de leur degré de malignité ultérieure, une virulence particulière de la syphilis ou une moindre résistance du sujet.

Nous ne nous occuperons pas des manifestations secondaires plus ou moins graves par les signes généraux, température, ictère, amaigrissement, etc. qu'elles peuvent entraîner.

Notre étude se bornera aux lésions typiques de la période tertiaire, aux gommes apparues d'une façon précoce, c'est-à-dire dans les trois premières années qui suivent l'apparition du chancre.

Nous ne pensons pas qu'il existe entre les gommes précoces et anciennes des caractères cliniques assez tranchés pour permettre un diagnostic en l'absence de commémoratifs précis ou de coexistence d'accidents nettements secondaires.

Cependant Mauriac a donné les quelques caractères différentiels suivants :

Les gommes précoces ont, dit-il :

1° Un début plus soudain ;

2° Une marche plus rapide ;

3° Une terminaison résolutive.

Elles suppurent et se ramollissent moins souvent que les gommes tardives, par conséquent se convertissent moins souvent en ulcères gommeux.

## SYMPTOMATOLOGIE

« La gomme syphilitique est une tumeur ou une nodosité localisée, formée d'une accumulation de cellules embryonnaires qui sont frappées de mort et se désagrègent, en produisant le ramollissement de la tumeur avec tendance à s'ouvrir à l'extérieur. » (Professeur Gaucher. *Précis de syphiligraphie.*)

La gomme est un accident de la période tertiaire, qui d'après M. le professeur Fournier s'observe surtout après la troisième année de l'infection. Mais on peut la rencontrer au cours de syphilis beaucoup plus anciennes.

Cependant, l'on sait que la gomme peut apparaître d'une façon précoce. Et nous montrerons par quelques observations que l'on peut la rencontrer alors que le malade est en pleine période secondaire, et quelquefois même alors que le chancre n'est pas encore cicatrisé.

Nous appellerons précoce toute gomme qui est apparue dans le cours des trois premières années après l'inoculation. Précoce ou tardive la gomme se présente toujours sous le même aspect.

Elle peut siéger partout où il y a du tissu cellu-

laire : sous le derme, dans le tissu conjonctif interstitiel des viscères.

Elle débute dans le tissu cellulaire et non dans le derme. M. Fournier a divisé son évolution en quatre périodes :

1° Période de crudité ;

2° Période de ramollissement ;

3° Période d'ulcération ;

4° Période de cicatrication.

1° *Période de crudité ou de formation.* — C'est d'abord une petite nodosité sous-cutanée qui s'accroît peu à peu et atteint habituellement la grosseur d'une noisette ou d'une noix.

C'est une tumeur nettement limitée, mobile sous la peau et sur les plans profonds. Elle est régulière de forme, généralement arrondie, de consistance ferme.

C'est une tumeur aphlegmasique ne s'accompagnant d'aucun des signes habituels de l'abcès : rougeur, chaleur, douleur, empâtement périphérique, température. Cependant la douleur peut quelquefois exister, mais dans ce cas, la gomme se trouve placée sur le trajet d'un filet nerveux comprimé sur un plan résistant.

2° *Période de ramollissement.* — Le ramollissement commence par les parties centrales de la tumeur. Il est annoncé par un changement de coloration de la peau qui rosit et s'amincit en même temps que la gomme devient sensible spontanément et à la pression.

La peau, de plus en plus amincie, se rompt bientôt et alors commence la période d'ulcération.

3° *Période d'ulcération.* — L'ouverture, d'abord petite, est généralement unique. Il s'en échappe une petite quantité de liquide qui est tantôt visqueux, filant et ambré, tantôt sanieux,jaunâtre,pyoïde,mais jamais franchement purulent, excepté les cas où au processus syphilitique s'adjoint l'infection banale due aux microbes communs de la suppuration. A l'issue du liquide ne succède pas un affaissement de la tumeur, que l'on retrouve sous forme d'une masse dure et solide constituée par la base non encore liquéfiée de la tumeur.

Cependant l'ouverture primitive s'accroît dans des proportions variables, permettant d'apercevoir au fond de l'ulcération cratériforme, le bourbillon gommeux caractéristique semblable à un « bourdonnet de charpie macéré dans le pus » (Chassaignac). La masse indolore qui constitue le bourbillon, d'abord ferme et compact, se désagrège et s'en va en lambeaux. Il peut tomber en une seule fois.

Cependant, la peau, qui continue à s'ulcérer au-dessus de lui et à le découvrir, va bientôt donner à la lésion l'aspect de l'ulcère gommeux qui possède des caractères nettement tranchés.

Les bords en sont circulaires ou circinés, verticaux, adhérents, non décollés, ils sont entourés d'une aréole brunâtre ; le fond est inégal et constitué par le bourbillon non encore détaché ou bien tapissé d'une bouillie crémeuse et jaunâtre.

4 *Période de réparation.* — La tumeur s'affaisse, le bourbillon achève de s'éliminer, le processus de réparation commence à la périphérie.

La cicatrice, d'abord rouge violacé, se fonce peu à peu, devient brun foncé, déprimée ; elle est indélébile.

La durée de la gomme est extrêmement variable, de trois à sept mois en moyenne.

La gomme syphilitique est généralement unique. Il en existe assez fréquemment deux ou trois, six est un nombre exceptionnel.

Elle peut siéger dans toutes les régions du corps, mais on la rencontre plus fréquemment aux membres inférieurs.

La face antérieure de l'extrémité interne de la clavicule ou de l'articulation sterno-claviculaire est aussi une des régions où se développe souvent la gomme syphilitique.

Un caractère remarquable de la gomme est qu'elle ne s'accompagne pas d'adénopathie et nous verrons l'importance de ce signe pour le diagnostic de différentes affections et notamment de certains chancres syphilitiques.

## DIAGNOSTIC CLINIQUE

Malgré ses caractères bien nets, la gomme syphilitique peut offrir des difficultés de diagnostic aux différentes périodes de son évolution.

Une erreur, qui est assez souvent commise, consiste à prendre pour une gomme à la période de crudité un fibro-lipome sous-cutané et M. le professeur Fournier en cite un exemple typique.

Il est cependant quelques caractères par lesquels le fibro-lipome sous-cutané se différencie nettement de la lésion syphilitique.

Le lipome est une lésion chronique et indéfiniment chronique, tandis que la gomme n'est qu'une lésion temporaire. Il est une lésion « sans évolution » ; il résiste au traitement spécifique et enfin le nombre des lipomes peut être très grand, alors que la gomme est généralement unique et dépasse rarement le nombre de quatre ou cinq.

Signalons aussi une méprise possible avec un kyste sébacé ou une loupe : ce sont des tumeurs généralement globuleuses, situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, de consistance variable, indolentes, aphlegmasiques.

Elles se différencient de la gomme par leur évolu-

tion extrêmement lente qui dure généralement des années, par l'inefficacité du traitement d'épreuve, par leur tendance à adhérer à la peau alors que la gomme, à la période où elle peut être prise pour un kyste n'y adhère pas.

Bien plus commune est la confusion avec le cancer. Le diagnostic sera d'autant plus difficile que la tumeur cancéreuse sera au début.

Le cancer est généralement unique, de volume très variable ; sa forme est irrégulière, le plus souvent bosselée et généralement douloureuse à la pression dès le début de son évolution ; il ne reste pas comme la gomme une tumeur libre sous la peau et sur les plans profonds mais, au contraire, est remarquable par sa tendance à contracter d'une façon rapide des adhérences avec les régions voisines et avec la peau. Ce dernier caractère est d'une haute importance diagnostique. Alors que la gomme reste indéfiniment indolore ou même sensible, le cancer devient rapidement douloureux, et ces douleurs sont spontanées, lancinantes, avec irradiations.

L'adénopathie, constante en cas de cancer, à une époque plus ou moins avancée de la maladie, ainsi que l'état général aideront à formuler le diagnostic. Un autre signe distinctif de la gomme et du cancer a été mis en valeur par M. Fournier : le cancer saigne quand on le touche, et même spontanément, alors que la gomme n'a aucune tendance à l'hémorragie.

Il est une erreur que l'on commet quelquefois lors-

que la gomme ouverte ne présente pas d'une façon bien nette tous ces caractères de lésion cratériforme, à bords durs, non décollés, taillés à pic, à fond bourbillonneux, surtout dans le cas de gomme génitale ; la gomme ayant alors l'aspect d'une lésion circonscrite, isolée, bien définie, de dimensions petites, à surface simplement érosive ou exulcéreuse, lisse, rouge brun, reposant sur une induration nodulaire, on pense à un chancre. Pour éclaircir le diagnostic, nous aurons tout un ensemble de signes caractéristiques de l'accident primitif : adénopathie constante spéciale (pléiade de Ricord), contamination récente, érosion d'emblée, induration consécutive, apparition d'accidents secondaires.

Par leur fréquence et les grandes analogies cliniques qu'elles présentent avec les gommes syphilitiques, les gommes tuberculeuses contribuent dans une large mesure à la difficulté du diagnostic des accidents syphilitiques. Parfois même la clinique est impuissante à les distinguer les unes des autres, comme le faisait remarquer Besnier, et c'est l'exament bactériologique seul qui nous donnera dans ces cas une certitude.

Assez souvent cependant, des différences dans l'allure, dans l'aspect extérieur de la gomme, permettront d'en reconnaître la nature.

C'est à la période initiale, où l'existence d'un noyau induré, globuleux, occupant le derme ou l'hypoderme constitue toute la maladie, que le diagnostic objectif est le plus difficile ; et c'est à cette

période cependant que se fait le plus sentir l'importance d'un diagnostic ferme en vue d'une intervention thérapeutique d'autant plus utile et active qu'elle est plus précoce.

La marche de l'affection pourra presque seule établir des présomptions.

Les gommes tuberculeuses, en général multiples, peuvent se rencontrer sur tous les points du corps ; leur nombre n'est jamais très considérable, leur volume ne dépasse guère le volume d'une noisette, d'une noix ; chaque tumeur a une existence absolument indépendante ; ces gommes naissent, grandissent, s'ulcèrent, se cicatrisent chacune de leur côté, à des époques différentes, avec des rapidités variables.

Le début est absolument latent ; de longues semaines avant que la lésion ne vienne frapper l'œil et attirer l'attention par sa saillie, il est possible de constater, par le palper, l'existence d'une petite tumeur globuleuse, dure, indolente, sans adhérence avec les plans profonds, roulant quelquefois sous le doigt. Peu à peu, lentement, ces tumeurs se rapprochent de la surface de l'enveloppe cutanée, rejoignent et envahissent le derme.

Mais avant même que la tumeur se soit rapprochée de la peau, il est possible de constater que sa consistance diminue et qu'un certain degré de ramollissement s'y produit. L'envahissement de la surface cutanée se traduit par l'apparition de quelques varicosités. La peau devient rapidement rouge, livide,

douloureuse à la pression ; la résolution est encore possible, mais elle est tout à fait exceptionnelle, même avec un traitement énergique, contrairement à ce qui s'observe dans la gomme syphilitique, pour laquelle il est toujours permis d'espérer la résolution dès lors qu'un traitement rationnel est institué.

Assez rapidement la petite masse devient manifestement fluctuante, et cependant une incision pratiquée à cette époque ne donne issue qu'à une faible quantité de liquide séreux, sanguinolent, pyoïde, quelquefois caséeux.

Le plus souvent, le liquide qui s'échappe par les orifices fistuleux est peu abondant et la destruction des couches supérieures de la peau met à nu un ulcère qui présente tous les caractères d'un ulcère tuberculeux.

Les gommes tuberculeuses cutanées peuvent se rencontrer chez des sujets antérieurement atteints, soit de tuberculose viscérale, soit d'une autre forme de tuberculose cutanée, lupus par exemple, et dans ces cas le diagnostic de la gomme tuberculeuse sera d'autant plus facilité que les lésions viscérales, pulmonaires par exemple, se présenteront avec des signes stéthoscopiques plus nets.

Nous nous rappellerons cependant que, même si un malade porteur de lésion cutanée attribuable à la tuberculose présente, en même temps, des signes qui paraissent formels d'un processus tuberculeux pulmonaire, nous nous rappellerons que ce malade peut, plus rarement il est vrai, être atteint de syphilis

viscérale et cutanée simulant à s'y méprendre une tuberculose en évolution. M. le professeur Gaucher en rapporte dans son *Précis de syphiligraphie* un exemple qui prouve avec quelle facilité l'erreur peut être commise :

Une petite fille de Paris consulte un médecin au sujet d'une collection purulente costale. L'enfant toussait et présentait à l'un des sommets les symptômes d'un ramollissement pulmonaire. On fait le diagnostic d'abcès froid costal, on ponctionne et on évacue un liquide filant et grumeleux. L'enfant m'est adressée alors et bien que l'examen n'ait révélé aucun stigmate d'hérédo-syphilis, je trouve que la lésion ressemble à une gomme périostique et je prescris le traitement mercuriel. L'état de l'enfant s'améliore rapidement et sur ces entrefaites le père de l'enfant, que nous ne connaissions pas, vient consulter le médecin qui m'avait adressé la petite malade. Il présentait des gommes syphilitiques des jambes et ne fit aucune difficulté pour avouer qu'il avait contracté la syphilis trois ans avant son mariage. Le diagnostic se trouvait ainsi confirmé. L'enfant guérit d'ailleurs rapidement de ses lésions costales et de ses lésions pulmonaires, qui étaient également de nature syphilitique. Je l'ai revue à l'âge de vingt ans et la guérison s'était parfaitement maintenue.

Nous savons, d'autre part, que chez des sujets en qui la tuberculose et la syphilis se trouvent réunis, les lésions peuvent emprunter à l'une et à l'autre un certain nombre de leurs caractères, formant ces produits hybrides, véritables scrofulo-syphilides,

comme le dit le professeur Fournier, que Ricord qualifiait du nom de scrofulate de vérole, indiquant par ce terme la fusion intime des deux lésions.

Parmi les affections dont les manifestations cutanées peuvent encore être confondues avec les accidents tertiaires de la syphilis et notamment avec les gommes précoces, il nous faut maintenant examiner les lésions mycosiques. Parmi celles-ci, il en est deux surtout à l'étude desquelles nous nous attacherons : la sporotrichose et l'actinomycose.

MM. de Beurmann et Ramond isolent en 1903 le premier cas de sporotrichose gommeuse disséminée, qu'ils reconnaissent être due à un parasite qu'étudient Matruchot et Ramond et qu'ils appellent sporotrichum Beurmanni. L'étude en a été reprise et complétée par de Beurmann, Gougerot, Monnier-Vinard, etc.

La sporotrichose se manifeste sous trois aspects cliniques bien différents, suivant la grosseur et la localisation systématique ou non de cette lésion :

1° Grosses tumeurs et grands abcès (décrits par Dor);

2° Petites tumeurs et petits abcès disséminés ;

3° Nodosités et abcès lymphangitiques gommeux, par systématisation lymphangitique et localisation à un segment de membre (forme de Schenk et Hektoen).

Parmi ces trois formes nous ne retiendrons que la seconde, qui seule, par ses lésions cutanées, peut donner lieu à une erreur de diagnostic avec les gommes syphilitiques.

Le sporotrichum n'a été décelé jusqu'ici que dans des lésions cutanées.

La lésion élémentaire de la sporotrichose est toujours la même.

Cliniquement le début en est toujours insidieux : les petites nodosités, disséminées et sans localisation élective ni systématisation, apparaissent successivement en l'espace de trois à quatre semaines. A ces apparitions successives correspondent des évolutions séparées de chaque élément nodulaire, d'où à un même moment des lésions d'âge inégal.

D'abord dure, la tumeur gommeuse « sans mycelium inflammatoire phlegmatique » grossit, atteint le volume d'une noix, devient fluctuante et aboutit à un petit abcès froid. Pendant toute son évolution elle reste indolente, mobile sur les plans profonds et sous la peau à laquelle elle adhérera tardivement et qui gardera sa coloration normale. Parvenue à son plein développement, la nodosité va rester dure pendant quelques semaines (quatre à six en moyenne) puis se transformer lentement en un petit abcès nettement fluctuant. Mais, malgré que le pus soit collecté, l'abcès est remarquable par sa tendance à l'immobilisation ; il reste un petit abcès froid qui ne rougit même pas la peau.

Cette immobilisation des lésions sans tendance à l'ouverture spontanée est tout à fait caractéristique.

Pendant toute la durée de cette évolution l'état général n'est pas atteint.

L'abcès ouvert au bistouri, tantôt les lèvres de

l'incision restent inertes, tantôt la peau est envahie et une ulcération arrondie succède à l'incision linéaire.

La gomme laisse une cicatrice syphiloïde, ronde ou polycyclique, lisse, souple, brillante, un peu violacée, entourée d'une large auréole pigmentée.

Négligée, l'affection tend à la chronicité, les gommes se multiplient, restent stationnaires. Quelques-unes cependant grossissent au point de devenir de gros abcès analogues à la forme décrite par Dor.

Le contenu de la gomme sporotrichosique au début est visqueux, translucide, strié de traînées purulentes. A la fin il devient épais et visqueux. Le pus est formé de polynucléaires neutrophiles et de macrophages.

Telles sont la symptomatologie et l'évolution de la gomme sporotrichosique. Par quels caractères cliniques arriverons-nous à la différencier de la gomme syphilitique ?

Nous envisagerons les divers éléments de ce diagnostic aux deux stades principaux de l'évolution du sporotrichome : phase de crudité et phase d'ulcération.

Dans la première de ces périodes le diagnostic avec la gomme syphilitique est des plus difficiles, souvent même impossible cliniquement. Nous penserons plutôt à la sporotrichose en présence de gommes petites, de la grosseur d'une noisette, disséminées dans des régions quelconques, sans prédilection pour les membres inférieurs, nombreuses.

La dissémination et le nombre des gommes sont de bons signes de sporotrichose : et nous pouvons en voir jusqu'à trente-cinq ou quarante, et même davantage sans atteinte de l'état général. Nous savons, au contraire, que la gomme syphilitique est souvent unique, quelquefois multiple, mais dépassant peu dans ce cas le nombre de cinq ou six, et nous savons aussi que lorsque ce nombre est dépassé, c'est que l'affection syphilitique se manifeste sous une forme grave avec retentissement sur l'état général ainsi qu'en témoigne l'amaigrissement.

L'évolution de la petite tumeur sporotrichosique, sa transformation en un petit abcès sont plus caractéristiques encore. En effet, à la même période, le syphilome, indolent jusqu'à ce jour, devient sinon douloureux, du moins légèrement sensible, il se fixe dans un empâtement inflammatoire et subœdémateux. Le tégument s'amincit, devient transparent, laissant apercevoir la masse jaunâtre gommeuse. L'ulcération est proche.

Dans la sporotrichose, au contraire, pas d'inflammation, pas de douleurs, pas de fixation dans un empâtement subœdémateux. La peau rosit à peine, ne s'amincit pas, elle reste presque normale. Il n'y a aucune tendance à l'envahissement de la peau ni à l'ulcération, tandis que l'évolution normale de la gomme syphilitique ramollie est l'ulcération qui s'agrandit peu à peu pour constituer l'ulcère gommeux caractéristique.

Ouvert, le sporotrichome laisse écouler du pus et

ne contient pas de bourbillon ; après l'évacuation du pus qui est abondant, le fond de l'ulcération est net et les bords s'affaissent aussitôt, car l'évacuation a été plus complète que dans le cas de gomme syphilitique, dont l'ulcère présente en outre une forme circulaire ou polycyclique caractéristiques.

Par l'épreuve thérapeutique il sera aussi difficile de diminuer les incertitudes du diagnostic.

En effet, les gommes sporotrichosiques regressent avec rapidité sous l'influence de l'iodure de potassium. Mais elles résistent au traitement mercuriel : c'est là un signe insuffisant pour le diagnostic, car nous voyons, par certaines de nos observations, que les gommes syphilitiques ne disparaissent pas toujours facilement ni rapidement sous l'influence du mercure.

Un caractère plus important est la facilité des récidives *in situ*, sous forme d'abcès, des sporotrichoses cliniquement guéries, si l'on ne continue pas le traitement ioduré, récidive qui n'existe guère sous cette forme dans la syphilis.

Enfin il ne faudra négliger ni les antécédents ni les associations. Les commémoratifs : chancre, plaques muqueuses, roséole, céphalée, alopécie en clairière, l'association de syphilides non douteuses (linguales ou autres) affirmeront la syphilis. Il ne faudra pas oublier de demander au malade s'il a déjà subi un traitement mercuriel.

Parmi les autres mycoses dont les lésions cutanées peuvent en imposer pour une gomme syphilitique,

nous ne dirons que quelques mots de l'actynomycose.

En réalité le diagnostic ne peut être longtemps hésitant : l'actinomycose commence par la profondeur et n'est pas d'emblée sous-cutanée.

Sa localisation, de beaucoup la plus commune à la mâchoire inférieure, d'où elle gagne la peau de la face et du cou au bout d'un temps variable, est déjà caractéristique.

La plaque indurée sous-cutanée évolue en quelques semaines, sans douleurs, sans température, sans atteinte de l'état général. Puis le centre de la tumeur bombe et devient violacé en même temps qu'elle se ramollit, mais sans devenir nettement fluctuante. Après une ou deux semaines l'ouverture spontanée donne issue à un pus contenant les grains jaunes caractéristiques.

Il s'établit une fistule qui se tarit peu à peu et cependant le placard induré s'étend de plus en plus, adhérant à tous les plans voisins, soulevant la peau en bourrelets séparés par des plis ; il est mal limité, d'une dureté ligneuse. Sa surface présente des parties violacées et elle est creusée de fistules à marche torpide.

## DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE

L'existence du spirochæte pallida fut constatée autrefois par Bordet et Gengou qui n'avaient pas vu les rapports du microrganisme avec la syphilis. Plus tard Siegel décrivit dans le sang et les exsudations des syphilitiques un protozoaire minuscule dont il n'eut pas lui non plus l'idée de rattacher la présence à l'infection syphilitique.

C'est à Schaudinn et Hoffmann, qui entreprirent de contrôler les travaux de Siegel, que l'on doit la découverte du spirochæte pallida qu'ils nommèrent et identifièrent et que Schaudinn appela par la suite treponema pallidum en raison de certains caractères zoologiques qui le différencient du genre spirochæte.

Le treponema est extrêmement petit (il atteint à peine un demi millième de millimètre de large), et présente une longueur de trois à quatre fois celle d'un globule blanc. Il est formé de spires régulières et serrées, en tire-bouchon avec un axe flexueux et courbe.

Il est enfin très difficile à se colorer, ce qui sert avec sa petitesse et sa forme en tire-bouchon à le

distinguer d'une autre forme de spirille commun sur les lésions des organes génitaux.

S'il est toujours possible de déceler le treponema dans les accidents primaires et secondaires, surtout dans le chancre, il se rencontre d'autre part avec une fréquence moins grande dans les accidents tertiaires et notamment dans les gommes. L'absence de spirochète dans les lésions tertiaires était même généralement admise jusqu'à ces derniers temps.

Quelques examens positifs ont depuis modifié quelque peu cette opinion ; il n'en reste pas moins acquis jusqu'à présent que le spirochète est assez rare dans les lésions du tertiarisme et que lorsqu'il y est décelé on l'y trouve toujours en moins grande abondance. Cette absence ou cette rareté du microrganisme dans ces lésions semblent être en rapport avec une virulence moindre ainsi qu'en témoignent « l'intensité plus faible des réactions colorantes et la non-contagiosité habituelle des accidents. » (Gaucher.)

La méthode habituelle employée pour l'examen du spirochète pâle est celle de Giemsa (mélange d'une solution aqueuse d'azur et d'une solution aqueuse d'éosine), Le contact doit être d'une demi-heure.

On peut encore d'après Metchnikoff et Roux employer la méthode de Marino, qui, quoique colorant moins bien que la méthode de Giemsa, a l'avantage de colorer plus rapidement.

Depuis quelques mois enfin, on utilise pour l'exa-

men extemporané des lésions syphilitiques l'ultramicroscope. Mais là encore la différenciation du spirile pâle n'est pas toujours facile.

Récemment, Wassermann a eu l'idée de cultiver le spirochète dans des milieux spéciaux. Nous ne ferons que mentionner la réaction de Wassermann et ses dérivés, procédés qui sont encore à l'étude.

En résumé il n'existe encore pas de réaction bien nette et vraiment spécifique de la syphilis, parmi les procédés de coloration ou de culture du spirochète, au contraire de ce qui passe pour le bacille de Koch.

Celui-ci, tant au point de vue de l'examen microscopique rapide que de l'étude expérimentale, inoculation ou culture, se décèle toujours par les mêmes procédés de coloration, les mêmes aspects de cultures, les mêmes réactions des animaux en expérience.

En dehors des résultats donnés par l'inoculation et la culture, on peut affirmer qu'un bacille est bien le bacille de Koch lorsqu'il présente les caractères chimiques et morphologiques suivants qui ont été mis en évidence par M. Auclair :

1° Il doit être acido-alcoolo-résistant c'est-à-dire que « teint par certaines couleurs d'aniline, d'une manière appropriée, et traité par un acide minéral dilué et l'alcool absolu pendant un temps *déterminé* il garde sa coloration » (Auclair).

Le liquide d'Ehrlich ou celui de Ziehl sont les colorants les plus employés, à chaud ou à froid, cette dernière méthode plus lente mais plus rigoureuse.

Les décolorants dont on se sert généralement sont l'acide azotique au tiers et l'alcool absolu ; « on ne doit pas craindre de pousser trop avant la décoloration. Tout ce qui peut arriver, quand on insiste un peu plus que de raison avec l'acide dilué, c'est de voir les bacilles de Koch se charbonner et prendre une teinte rouge-violet qui, du reste, ne les empêchera pas d'être facilement reconnus. L'action de l'alcool absolu sera continuée aussi longtemps que ce liquide entraînera nettement la matière colorante fixée sur la préparation » (Auclair).

M. Auclair admet les chiffres donnés par MM. Fernand Bezançon et Philibert qui font agir l'acide dilué deux minutes et l'alcool absolu cinq minutes.

L'emploi de l'alcool absolu a permis de distinguer du bacille de Koch des bacilles simplement acido-résistants.

Toutefois, et M. Auclair insiste sur ce fait, un bacille acido-alcoolo-résistant n'est pas nécessairement un bacille de Koch ; celui-ci doit en effet présenter les caractères morphologiques suivants dont la connaissance est nécessaire pour pouvoir conclure à un diagnostic bactériologique ferme.

Il apparaît sous la forme d'un bâtonnet allongé, mince, délié, élégant, d'une coloration d'un rouge foncé, assez souvent granuleux.

Les bacilles s'éparpillent, sous le champ du microscope, ou s'enchevêtrent en amas. Quelquefois deux bacilles s'accolent pour former la lettre V. Cet aspect est bien différent de celui des bacilles acido-

alcoolo-résistants, courts et trapus, très nombreux, d'une coloration moins foncée, non granuleux et souvent disposés en palissade. Ce sont ces bacilles qui donnent des résultats négatifs à l'inoculation qui prouve ainsi leur nature non tuberculeuse.

Il est enfin un caractère du bacille de Koch sur lequel M. Auclair insiste particulièrement parce qu'il n'existe que chez le bacille tuberculeux : il paraît surélevé, en relief sur la préparation. « L'impression visuelle que l'on a ne saurait mieux être comparée qu'à l'image donnée par un corps rond et allongé, couché horizontalement, et s'enfonçant légèrement dans la masse qui le supporte. A l'œil qui observe, le microbe paraît plus rapproché que le fond dans lequel il est inclus. »

L'examen microscopique du pus de la gomme sporotrichosique ne donne que des incertitudes. On y voit des polynucléaires neutrophiles et des macrophages. Les spores caractéristiques ne peuvent être identifiées que par la culture.

Ensemencé, il donne, même à plusieurs mois d'intervalle, le sporotrichum Beurmanni en culture pure.

Les milieux de choix sont la gélose glycosée de Sabouraud (eau 100, peptone 1, glycose 3 à 4, gélose 1,5) et la carotte glycérinée.

L'aspect macroscopique des cultures n'est guère caractéristique que huit à dix jours après l'ensemencement : il se forme des colonies saillantes et finement plissées, chiffonnées ; elles sont cohérentes et ont tendance à brunir en vieillissant ; cette teinte

brune apparaît au bout d'un temps variable ; elle tranche alors nettement avec la coloration blanc mat du début ; notons encore que chaque colonie est primitivement entourée d'une auréole plate assez large.

La gélatine n'est pas liquéfiée.

Ainsi que l'ont montré les expériences de R. Duval et Monier-Vinard, le pus provenant de gommes sporotrichosiques est inoculable au chat. Par l'inoculation sous-cutanée on arrive à réaliser les diverses modalités de la sporotrichose humaine.

Le pus sporotrichosique, recueilli aseptiquement sur un malade, et dans un tube stérilisé, montre qu'au bout de deux mois après le prélèvement le parasite s'est abondamment multiplié. Les colonies sont constituées par un mycelium large, très peu ramifié, cloisonné.

Chacun des segments compris entre deux cloisons montre que le protoplasma a élaboré des granulations graisseuses décelables par l'acide osmique.

Ce mycelium diffère beaucoup morphologiquement de celui du sporotrichum cultivé sur les milieux usuels : celui-ci est en effet très grêle, finement ramifié et supporte des spores nombreuses. Ces différences sont à ce point accentuées qu'on peut se demander si les formes contenues dans le pus conservé sont vraiment du sporotrichum. L'ensemencement au milieu de Sabouraud lève tous les doutes : on voit apparaître une culture pure de sporotrichum, ayant repris le type habituel, par une série de for-

mes intermédiaires décrites par R. Duval et Monier-Vinard.

Par analogie avec les infections microbiennes qui présentent le phénomène de l'agglutination, MM. Widal et Abrami se sont demandé s'il n'était pas possible de mettre en évidence, dans le sérum de malades atteints de mycoses en évolution, l'existence de propriétés humorales pouvant servir de base à un séro-diagnostic de ces maladies. Ces auteurs ont constaté que le sérum de malades atteints de sporotrichose exerçait une action agglutinante très énergique sur les spores du sporotrichum Beurmanni, mais restait sans action sur le mycelium de ce parasite.

Pour mesurer le degré de ce pouvoir agglutinatif il est nécessaire de séparer les spores du sporotrichum de leur mycélium.

Cette séparation s'obtient en filtrant l'émulsion obtenue en broyant dans l'eau physiologique une culture obtenue sur gélose glucosée à 5 o/o, vieille d'un mois, richement sporulée. Le liquide filtré ne contient plus que des spores.

Le sérum d'un sujet sporotrichosique agglutine le sporotrichum à 1 pour 800.

Le sérum d'actynomycosique en évolution agglutine à 1 pour 150.

On a retrouvé cette agglutination pour le muguet notamment, à 1 pour 100 et 1 pour 50 dans deux cas de Joltrain.

C'est-à-dire que, en clinique, l'agglutination est

plus énergique pour la sporotrichose que pour d'autres mycoses : cette agglutination orientera donc plutôt le diagnostic vers une sporotrichose.

## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Il est peu de questions aussi complexes que celle du pronostic de la syphilis. Nous savons en effet combien elle est à la fois diverse en ses manifestations et féconde en surprises.

Elle peut débuter avec des signes si peu marqués, si insignifiants en apparence qu'elle passe souvent inaperçue. Et cependant, nous savons que nombre de syphilis ignorées ont été la cause de manifestations cérébrales ou viscérales mortelles, le prélude silencieux du tabes ou de la paralysie générale.

La réciproque nous paraît également pouvoir être soutenue, et nous pensons que, de ce qu'un syphilitique aura vu se succéder, chez lui, au début de l'infection avec une grande rapidité, la série des accidents des différentes périodes, il ne nous est pas encore possible de conclure à un pronostic fatalement assombri.

En particulier, dans les cas qui font le sujet de ce travail, le pronostic des gommes précoces, extrêmement précoces même, ne nous paraît pas plus grave que celui des gommes tardives. Quelquefois, cependant, la gomme précoce est symptomatique d'une syphilis cachectisante de cette forme que M. le pro-

fesseur Fournier a appelé dénutritive. Dans ce cas là, le pronostic doit être réservé et pencher plutôt pour la gravité.

D'après Mauriac, les gommes isolées ont une signification beaucoup moins mauvaise que les gommes multiples tardives, survenant simultanément ou se succédant à de courtes échéances Ces dernières sont d'après lui, un indice certain que l'intoxication est profonde, constitutionnelle et qu'elle est susceptible d'exposer le malade à toutes les éventualités du tertiarisme.

Un autre facteur de gravité des gommes précoces et qui a une influence manifeste sur leur pronostic est le terrain.

Chez les tuberculeux, la syphilis a une tendance remarquable à revêtir des formes suppuratives, à manifestations osseuses, articulaires, rhinopharyngiennes. L'alcoolisme, le paludisme, le surmenage physique ou mental prédisposent aussi aux manifestations graves d'un tertiarisme précoce.

Mais en dehors de ces causes d'affaiblissement de l'organisme, qui le mettent en état de moindre résistance, nous voyons quelquefois la syphilis maligne précoce se manifester chez des individus sains, exempts de tares héréditaires ou acquises. C'est dans ces cas spéciaux que l'on est bien obligé d'invoquer une virulence particulière de l'infection syphilitique. Cette virulence est-elle en rapport avec la rapidité d'apparition des accidents tertiaires et notamment des gommes précoces? Nous ne pouvons encore

l'affirmer car rien ne nous permet de prévoir si à une poussée aiguë de manifestations tertiaires précoces ne va pas succéder une période très longue d'accalmie.

Il nous reste enfin à envisager l'influence du traitement sur l'évolution des accidents.

En général, presque toujours, les accidents rétrocèdent et disparaissent par le traitement bien conduit, longtemps continué, souvent repris. Et le syphilitique sous ce rapport est particulièrement bien partagé.

Cependant il est des cas, et l'observation I en est un exemple, où le traitement paraît avoir peu d'action sur la marche de la maladie, ou plus exactement sur les manifestations cutanées précoces.

Et nous voyons que ces manifestations précoces du tertiarisme peuvent continuer longtemps, pendant des mois, ou bien céder en apparence et momentanément pour reparaître bientôt entre deux séries des piqûres ou même sur la fin d'une période déjà longue de traitement. Dans l'observation I le malade présente même quelques signes méningés qui nécessitent les injections intra-veineuses de cyanure, combinées aux injections habituelles de benzoate.

A l'action générale des sels mercuriels sur l'évolution de la syphilis vient se joindre l'action plus particulière de l'iodure de potassium qui favorise la fonte de la gomme. C'est dans le cas de gommes précoces que ce traitement mixte est particulièrement indiqué.

M. Fournier conseille de donner l'iodure à hautes doses progressivement croissantes.

Le traitement local sera dirigé contre des infections surajoutées possibles, par des pansements antiseptiques.

L'incision d'une gomme syphilitique n'est plus pratiquée actuellement que par erreur de diagnostic.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis.)

A... Paul, trente-six ans, relieur. Entré le 25 octobre 1909.

Le malade entre à l'hôpital pour chancre syphilitique du fourreau de la verge. Près de la racine de la verge, chancre datant de six semaines.

C'est une ulcération ovalaire, allongée dans le sens transversal, non suintante. Adénopathie inguinale gauche volumineuse, sans tendance à la suppuration.

Urines : néant.

Traitement : piqûres de benzoate.

Le malade ne présente pas de roséole.

Sur l'extrémité interne de la clavicule droite se voit une gomme, datant de huit jours.

26 octobre. — Le malade accuse une céphalée violente ; il est constipé ; on peut déceler un très léger degré de Kernig.

Piqûres intra-veineuses de cyanure de mercure (cinq).

28 octobre. — Amélioration.

1er novembre. — Interruption des piqûres.

3 novembre. — Reprise des piqûres de benzoate.

4 novembre. — Le malade, amélioré, sort sur sa demande.

Du 4 au 14 novembre le malade est venu régulièrement aux piqûres.

14 novembre. — Deuxième séjour. Le malade rentre dans le service ; on note actuellement une éruption de syphilides secondaires, constituée par des éléments divers, non pas généralisés mais disséminés :

Aux membres supérieurs ce sont surtout des éléments papulo-squameux, très clairsemés, syphilides ulcéreuses du bras droit et de l'épaule gauche.

Aux membres inférieurs, on retrouve ces éléments papulo-squameux et on note aussi plusieurs syphilides ulcéreuses sur les jambes.

Au tronc, on voit très peu d'éléments à la face antérieure ; en arrière, ces éléments papulo-squameux sont plus grands que sur les membres : certains sont ulcéreux ; d'autres, ulcéro-croûteux.

On observe aussi quelques-uns de ces éléments à la face.

Dans la bouche, enfin, il y a une plaque muqueuse située sur l'amygdale gauche.

Urines : néant.

On continue le traitement par les piqûres de benzoate, et on y adjoint l'iodure de potassium (2 gr. par jour).

La périostite gommeuse de la clavicule droite persiste dans le même état.

## OBSERVATION II

(Service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis.)

V... Georges, vingt ans, garçon couvreur.

Entre le 8 février 1909.

Depuis un mois et demi trois chancres syphilitiques de la peau de la verge actuellement cicatrisés.

Actuellement on constate un bubon inflammatoire gauche. Syphilides papuleuses généralisées, plaque muqueuse de la lèvre inférieure.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate.

8 février 1909. — A reçu quatre piqûres. Papules de la face ; une lésion ectymateuse au bras droit.

Entre à l'hôpital le même jour.

13 février. — Eruption papuleuse à gros éléments extrêmement nombreux, sur la face, le thorax, le dos, les bras, les fesses, rares sur les jambes, 2 papules sur le gland.

Sur le bras droit, thorax, dos, il y a de gros éléments avec ulcération large comme 1 franc, trés infiltrés et épaissis, qui ressemblent plus à de véritables gommes qu'à des syphilides ectymateuses (gommes).

Grosse plaque diphtéroïde de l'amygdale gauche.

Pas d'adénopathie sous-maxillaire.

Piqûres ; Ki, 1 gramme.

9 mars 1909. — Le malade sort guéri.

28 mars. — Deuxième séjour. Le malade rentre pour une amygdalite gauche.

1er avril. — L'amygdalite a donné naissance à une syphilide ulcéreuse.

Le malade est remis aux piqûres et à l'iodure.

18 mai. — Depuis quinze jours, poussée de syphilides ulcéreuses disséminées en petit nombre sur les membres et le cuir chevelu. Alopécie secondaire; syphilide ulcéreuse du bord libre du voile du palais, à gauche, avec infiltration des régions voisines. Entre ce bord libre et l'amygdale il existe un large espace dans lequel on voit des syphilides ayant l'apparence de fausses membranes jaune foncé, revêtant tout le fond de la gorge. La gomme ulcérée du bord libre du voile a atteint la luette qui a son bord gauche détruit. Le voile est immobilisé.

On note une syphilide papulo-pustuleuse sur la verge.

20 mai. — Syphilide tuberculo-croûteuse du menton.

Le malade supporte difficilement les piqûres.

On remarque sur le pharynx des gommes ulcérées qui ont envahi toute la paroi postérieure.

1er juin. — Etat stationnaire.

3 juin. — Le malade a la voix nasonnée. Il ne peut épeler les voyelles et il se plaint que les aliments refluent par le nez au moment de la déglutition.

On s'aperçoit de l'élimination spontanée d'une nouvelle partie du voile du palais : la luette n'existe plus.

Il existe en outre derrière l'oreille une gomme ulcérée de forme circulaire, à fond sanieux, à bords taillés à pic, ayant à peu près le volume de 5 francs.

*Traitement.* — Piqûres de cyanure intraveineuses, à partir du 2 juin 1909 avec demi-piqûre benzoate.

Série de piqûres terminées au bout de quinze jours.

Amélioration notable.

Sorti le 28 juin 1906 (sur sa demande).

18 octobre 1909. — Entre de nouveau à l'hôpital pour une gomme du cuir chevelu et deux gommes voisines et suppurées siégeant au menton.

Traitement : piqûres.

19 octobre. — Se plaint de douleurs violentes dans l'articulation du genou gauche qui est augmenté de volume, rouge, tuméfié et douloureux à la pression.

Exostose et ostéite ; gomme osseuse à la partie supérieure du cubitus.

*Traitement*. — Piqûres intraveineuses.

20 octobre. — Gomme du voile, toute récente ayant abouti à la perforation du voile.

Bords déchiquetés et élimination d'une partie du voile.

*Traitement*. — Piqûres de benzoate.

21 octobre. — Piqûre intraveineusé de cyanure.

3 octobre. — Cacodylate de soude.

1er novembre. — Interruption des piqûres de cyanure de mercure.

6 novembre. — Reprise du benzoate.

2 novembre. — Gommes du menton et du cuir chevelu persistantes mais améliorées.

Voile du palais, ulcération améliorée.

## OBSERVATION III

(Salle Saint-Louis. Service de M. le professeur Gaucher.)

Ferdinand C..., dix-neuf ans, cuisinier entre le 1er août 1909.

Ce malade entre à l'hôpital avec des chancres syphilitiques multiples situés dans deux régions différentes :

Les organes génitaux : gland et scrotum.

La langue et l'amygdale.

Le malade a eu une blennorragie il y a deux mois et demi, et depuis cette époque il a eu des rapports toujours avec la même femme qui n'aurait jamais présenté d'accidents visibles d'après le malade.

Il est impossible de préciser la date exacte de la contamination.

La malade s'est aperçu, pour la première fois il y a quinze jours, d'un bouton à la langue. Il prétend que celui-ci est apparu une quinzaine de jours après une morsure légère du bord de la langue, provoquée par les dents de la femme. Il s'est écoulé environ huit jours entre ces deux phénomènes constatés et le développement du chancre, tel qu'il est à l'entrée du malade à l'hôpital.

C'est à la même époque qu'il se plaignit pour la première fois de douleurs dans la gorge, surtout au moment de la déglutition. Il est vraisemblable qu'il se soit agi là du début du chancre amygdalien actuel.

C'est — le malade précise — huit jours après les premières douleurs dans la gorge, qu'il s'est aperçu des chancres du scrotum dont le développement fut simultané.

Actuellement : Le malade porte trois chancres du scrotum, ulcérés mais typiques, à fond rouge foncé, à bords abrasés avec une légère infiltration des tissus environnants.

Ils siègent d'une part :

1° Sur le fourreau à droite, à la racine de la verge ;

2° Sur le scrotum, face externe, à droite ;

3° Sur le scrotum, mais plus en arrière, à 2 centimètres du raphé en arrière ;

4° Sur le gland. Le chancre est plus petit, circulaire, rouge et recouvert d'un léger enduit opalin qui le fait ressembler à une plaque muqueuse.

D'autre part :

Chancre ulcéreux de l'amygdale, caractérisé par une ulcération cratériforme à fond sanieux, occupant l'amygdale droite, l'ayant en partie détruite. Les bords sont décollés et violacés ; les parties voisines sont rouges, ainsi que le voile du palais. On sent en outre, dans la région sous-maxillaire, une infiltration ganglionnaire diffuse avec bubon sur une étendue de 7 centimètres de haut sur 3 à 4 centimètres de large.

2 août. — La réaction de Wassermann se montre négative.

L'examen à l'ultra-microscope montre la présence de nombreux tréponèmes sur le gland et dans le pus amygdalien.

12 août. — La réaction de Wassermann est positive.

Il n'y a plus de spirochètes localement, on aperçoit sur le corps quelques syphilides papuleuses.

19 août. — Amélioration notable.

28 août. — Disparition presque complète des chancres,

Le malade sort guéri.

22 septembre. — Deuxième séjour. Syphilides ulcéreuses du gland. Papules spécifiques des jambes. Pilules.

13 octobre. — Gomme ulcérée chancriforme du gland et gomme ulcérée cratériforme typique du membre inférieur.

Réaction de Wassermann positive.

4 octobre. — Amélioration notable, par traitement.

19 novembre. — Les accidents primitifs sont cicatrisés ainsi que la gomme du gland. La gomme située un peu au dessus de la malléole interne de la jambe gauche est en voie de cicatrisation.

## OBSERVATION IV

(Letellier.)

B... Henri, quarante-sept ans, forgeron, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, dans le service de M. le Dr Gaucher, le 23 mars 1897. Il se plaint de douleurs dans les membres.

Ces douleurs sont plus accentuées la nuit et sont plus vives au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Cet homme, d'apparence robuste et de bonne constitution, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; il a toujours joui d'une bonne santé. Père de famille, il dit ne se livrer à aucun excès de boisson et n'a en effet aucune trace d'alcoolisme.

Au mois de décembre 1896, éruption généralisée contemporaine de l'accident primitif, confluente aux plis du coude, à la poitrine et dans le dos.

Au moment où nous examinons le malade, à son entrée à l'hôpital, cette éruption est constituée par des syphilides papulo-squameuses.

Aux plis du coude, du côté de la flexion, placards irrégulièrement arrondis, de couleur rouge jambon, recouverts de squames grasses, et qui, au début, ont été le siège de prurit. Syphilides également sur le front, le cou, le nez.

Sur le cou, petites taches blanchâtres ressemblant en certains endroits à des cicatrices de varicelle, en d'autres elles

sont plus effacées et un peu en dentelle. Ce sont des cicatrices de brûlure produites par de la paille de fer portée au rouge (le malade est forgeron).

*Traitement.* — Compresses humides sur les croûtes, 2 pilules Dupuytren par jour.

30 mars. — Sept jours après son entrée à l'hôpital et trois mois après son chancre, après augmentation des douleurs de l'épaule droite, depuis quelques jours, on voit apparaître au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, une tuméfaction rouge avec empâtement douloureux.

Cette tuméfaction intéresse la partie interne de la clavicule droite et la partie droite de l'articulation du sternum jusqu'à deux travers de doigt de la fourchette sternale. L'extrémité interne de la première côte paraît également atteinte. On diagnostique alors gomme syphilitique précoce.

*Traitement.* — Suppression des pilules de bichlorure de mercure. On donne de l'iodure de potassium par doses croissantes de 2 à 4 grammes et une injection sous-cutanée de benzoate de mercure à 0 gr. 02.

16 avril. — Suppression des injections à cause des douleurs. On redonne par jour 0 gr. 02 de sublimé. Ki : 5 grammes par jour.

18 avril. — La gomme se ramollit ; on applique de l'emplâtre de Vigo. Acné iodique recouvrant le nez, le sillon naso-génien et le front.

19 avril. — Suppression du Vigo et des pilules. Une friction mercurielle par jour. Ki : 5 grammes par jour.

28 avril. — La gomme a beaucoup diminué. Elle est en voie de disparition.

1er mai. — Une friction par jour. Ki : 5 grammes.

La gomme est en voie de résolution, mais le malade se plaint toujours de douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite ; les douleurs, dit-il, n'ont guère diminué depuis le début.

10 mai. — La gomme est affaissée, il ne reste plus qu'une petite surface saillante entourée d'une zone érythémateuse.

Même traitement.

4 juin. — Les douleurs dans l'épaule persistent.

12 juin. — Les douleurs ont diminué, tache brune grosse comme 5 francs avec une petite croûtelle au milieu, à la place de la gomme.

De l'éruption primitive il ne reste que quelques taches cuivrées aux plis de flexion des bras.

16 juin. — Le malade sort guéri, emportant un traitement mixte qu'il suivra chez lui.

## OBSERVATION V

(Letellier)

B... Auguste, vingt ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Gaucher le 9 avril 1895. Il a eu, il y a deux ans, une blennorragie avec orchite gauche consécutive.

Il y a un mois, douleur pendant la miction avec écoulement peu marqué. En même temps, douleurs dans l'œil droit.

Depuis quinze jours, trois semaines, environ, est apparue vers le méat une petite ulcération se creusant de plus en plus.

Le malade est vu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où on diagnostique chancre infectant et où on lui donne le traitement mercuriel. Il a ensuite une roséole généralisée dont il reste encore des taches cuivrées. Il a eu également des maux de gorge et de la céphalée.

Depuis six à sept jours, à la suite du traitement, commencement de stomatite.

Aujourd'hui on trouve une petite ulcération qui déforme le méat, ulcération recouverte d'un exsudat purulent. Sur tout le corps, une série de taches cuivrées. Les gencives sont de couleur blanc jaunâtre au pourtour des dents. On trouve à la paroi interne de la lèvre inférieure deux plaques muqueuses.

L'œil droit est injecté de marbrures rouges avec cornée légèrement opaque ; le malade a une taie cornéenne ancienne.

*Traitement.* — Gargarismes au chlorate de potasse. Ki 2 grammes. Collyre à l'atropine.

Le malade accuse une dysphagie intense. Derrière le pilier postérieur gauche existe une ulcération allongée à bord surélevés, épaissis.

La stomatite est en voie d'amélioration.

Il existe un empâtement sous l'angle gauche du maxillaire inférieur. Surdité de l'oreille gauche.

On diagnostique gomme précoce du pharynx et on donne le traitement mixte.

17 mai 1897. — Le malade revient pour consulter.

Depuis un an qu'il a quitté le service, il s'est toujours bien soigné. Au mois de janvier il a été faire soigner sa gomme dans le service de M. le Dr Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine. Comme traitement on lui donna du sirop de Gibert (les pi-

lules ulcéraient la gomme en passant) et jusqu'à 8 grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade reste deux mois dans ce service, et, en le quittant, il cesse tout traitement.

Il y a dix jours, apparition d'une petite ulcération au coude droit ; cette ulcération qui s'est étendue est aujourd'hui plus grosse qu'une pièce de 5 francs.

De couleur cuivrée, composée d'éléments suintants et croûteux, elle est bornée par une zone composée d'une quantité de petits boutons acnéiques. Sous l'aisselle, du même côté, quatre éléments pustuleux apparus à la même époque (ecthyma).

Les joues portent de nombreux éléments pustuleux. Hyperesthésie. Exagération des réflexes rotuliens ; douleurs articulaires, céphalalgie.

*Traitement.* — Injection de benzoate de mercure. Iodure de potassium 2 grammes.

Après trois jours de repos, le malade sort sans emporter aucun traitement ; il n'a pas été revu depuis.

## OBSERVATION VI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Pierre D...; quarante-deux ans, forgeron.

Le malade a eu la syphilis il y a deux ans. Il a eu de l'angine et des gommes de la jambe gauche l'année dernière.

Il entre à l'hôpital le 20 juin 1908 pour une ulcération de la jambe gauche localisée à la région rétromalléolaire.

Cette ulcération gommeuse est dirigée d'avant en arrière, a une longueur d'environ 4 centimètres et une hauteur de quelques millimètres.

Les bords en sont irréguliers et se réunissent par endroits par des ponts de tissu de réparation.

Le fond est superficiel, rouge et bourgeonnant par places, grisâtre par ailleurs. Cette ulcération est surmontée d'une zone rouge que limite en haut une ligne très pigmentée.

Sur la malléole interne macule rouge entourée d'une collerette épidermique.

A la face interne de la jambe gauche, au tiers inférieur, cicatrice arrondie à bords pigmentés.

Au tiers moyen cicatrice de la jambe gauche sur la crête du tibia et quatre autres cicatrices à la face interne.

Cicatrice de même aspect sur la face postérieure de la jambe droite.

Affaissement du nez.

Le malade a une orchite double ayant succédé à une blennorragie.

*Traitement.* — Piqûres et pansements humides.

1er juillet 1908. — Le malade sort guéri de ses lésions syphilitiques.

## OBSERVATION VII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Eugène J..., trente-six ans, brunisseur.

26 octobre 1908. — Le malade entre à l'hôpital pour des accidents syphilitiques tertiaires.

Il a eu un chancre en juin 1906, qui a laissé à la face inférieure de la verge une large cicatrice. Les lésions ont intéressé

la face inférieure du canal de l'urètre, déterminant un hypospadias secondaire, traité dans le service de M. Hallopeau, par des frictions et des piqûres d'huile grise.

Le corps est complètement couvert de cicatrices. Aux membres inférieurs, elles ont la grandeur d'une pièce de 1 franc, déprimées en leur centre et pigmentées.

Sur la face, cicatrices multiples qui échappent à toute description.

Le malade entre dans le service pour gomme du dos située sur l'omoplate gauche. Il y a une autre gomme à droite de la colonne vertébrale à la hauteur de la septième côte, une troisième à la hauteur de la dixième côte, et d'autres à la moustache et au front.

Urines : néant.

7 novembre 1908. — Le malade qui a eu une série de piqûres (et a pris de l'iodure) sort, sur sa demande blanchi. Il dit qu'il prendra des pilules.

19 juillet 1909. — Le malade entre de nouveau à l'hôpital pour des syphilides papulo-croûteuses du sourcil droit et de la narine gauche.

Il présente une gomme en voie de guérison à la lèvre supérieure.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate, Ki. 1 gramme par jour.

Le malade sort sur sa demande le 25 juillet 1909.

## OBSERVATION VIII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. B..., vingt-cinq ans.

Trois accidents primitifs à la verge avec plaques muqueuses

de la gorge (amygdales) il y a deux ans. Le malade a pris pendant six mois, à raison de quinze jours par mois, des piqûres de benzoate, puis de l'énésol. Ce dernier médicament n'a pas semblé donner de résultat.

Actuellement (12 octobre 1909), gomme de la jambe gauche et de la gorge, derrière le voile du palais, sur la face postérieure du pharynx.

Le malade fait une série de quinze piqûres au benzoate, qui améliorent son état.

Et il va les continuer par série de 10, les lésions n'étant pas encore guéries.

## OBSERVATION IX

(Service de M. le professeur Gaucher.)

Mme G... Henriette, vingt-huit ans, ménagère. Se présente le 5 octobre 1909 (polyclinique).

Depuis deux mois, éruption de roséole, mal de gorge. Accident primitif ignoré.

6 octobre. — La malade entre dans le service : elle présente des plaques muqueuses datant d'un mois. On note sur tout le corps une éruption généralisée, secondaire, de syphilides papulo-squameuses, prédominant à la face interne des cuisses.

A la face externe de la malléole externe droite, on note une petite gomme ulcérée, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, irrégulière, à bords décollés, à fond sanieux.

Les jambes présentent des varices très développées et des cicatrices d'ulcères variqueux.

Urines : néant.

Traitement : piqûres de benzoate et KI.

26 octobre. — La malade sort sur sa demande, presque guérie.

## OBSERVATION X

(Service de M. le professeur Gaucher.)

L... Louis, quarante-trois ans.

Syphilitique depuis un an : chancre de la verge.

Depuis, s'est toujours soigné (piqûres de benzoate), il a continuellement présenté des accidents cutanés.

Les piqûres, que le malade a cessées depuis trois semaines, sont reprises dans le service ; en même temps, sirop iodotannique.

22 août 1909. — Le malade ne présente pas d'accidents, vient se faire faire une série de quinze piqûres et se repose.

26 septembre 1909. — Le malade revient pour plusieurs gommes ulcérées de la face externe de la jambe gauche et de la face postérieure de l'avant-bras droit. Ces gommes sont apparues depuis quinze jours. Le malade reprend une nouvelle série de piqûres, il est mis à l'iodure ; sparadrap de Vigo sur les ulcérations gommeuses.

8 novembre 1909. — Les lésions ulcéreuses de l'avant-bras droit ne guérissent que difficilement. On associe l'arsenic au mercure.

## OBSERVATION XI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

P... Louis, vingt-cinq ans, chaudronnier.

Entré le 27 novembre 1909.

Le malade entre à l'hôpital pour éruption secondaire. L'accident primitif a passé inaperçu et on ne note aucune cicatrice sur la verge.

Actuellement le malade entre pour des accidents secondaires et pour des gommes ulcérées cutanées.

Les accidents datent d'un mois environ. On note une éruption généralisée à tout le corps, occupant le thorax, les membres et la figure, constituée par des syphilides papuleuses, typiques avec coloration jambonnée (le malade a eu jusqu'ici comme traitement trois piqûres d'huile grise, à Lariboisière) et collerette de Biett sur certaines.

Mais l'éruption montre aussi d'autres éléments, les uns croûteux, les autres ulcéreux, surtout à la face postérieure du coude droit et sur les régions lombaires.

Mais ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est la coexistence avec ces accidents nettement secondaires, de gommes ulcérées des jambes, datant aussi de quatre semaines.

On note sur chaque jambe deux ou trois ulcérations gommeuses profondes, à fond sanieux, à bords taillés à pic, avec œdème et inflammation du voisinage.

On note aussi une ulcération analogue à la face postérieure de la cuisse gauche.

Rien dans la gorge. Urines, rien.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate : KI 2 grammes.

## OBSERVATION XII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M... Louis, vingt-trois ans, ouvrier d'art.

Entre à l'hôpital le 12 novembre 1907.

Chancre du frein vers cette époque.

Roséole. Soigné dès le début par des pilules.

Plaques muqueuses de la bouche.

27 juin. — A commencé les piqûres, 94 piqûres jusqu'au 30 octobre.

12 novembre. — Petit accident impétigineux au front qui est traité par la pommade au calomel au dixième.

Le malade va recommencer une série de piqûres le 15.

26 novembre. — Enorme gomme du front qui s'est développée sur le petit accident signalé plus haut ; on continue le traitement par les piqûres en y adjoignant l'iodure de potassium.

La gomme est apparue après une interruption des piqûres pendant quinze jours.

Cette gomme a les dimensions d'un œuf. Elle est saillante. S'est ulcérée pendant le traitement au bout de quinze jours. L'ulcération est grande au moins comme une pièce de 5 francs.

22 janvier 1908. — Actuellement il ne reste qu'une ulcération plate, ovale, de petites dimensions.

18 février. — Le malade recommence une nouvelle série de piqûres.

29 mars. — Le malade ne présente plus d'accidents.

20 août 1908. — Pas d'accident.

29 mars 1909. — Plaque muqueuse de la face antérieure de la luette.

*Traitement.* — Série de 15 piqûres.

## OBSERVATION XIII (Résumée)

(Service de M. professeur Gaucher.)

B... Louis, quarante-quatre ans, chaudronnier.

Entre le 15 février 1908.

Chancre de la verge il y a quatre mois, suivi de roséole. Traité par les pilules de protoiodure, prises régulièrement jusqu'à maintenant.

Depuis trois mois la roséole s'est transformée en une éruption de syphilides papulo-squameuses généralisée, sur les bras et les jambes ; ces éléments ont un aspect psoriasiforme ; quelques-uns sont ulcéro-croûteux, quelques macules ont succédé en certains points aux papules. Papules disposées en collier dans la barbe.

Plaques muqueuses de la gorge, des bords de la langue, un peu de laryngite.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate. Ki 1 gramme. Sort sur sa demande. Reviendra aux piqûres.

21 mars 1908. — Rentre dans le service pour une angine qui durait depuis quatre jours. A l'examen ulcérations diphtéroïdes de la gorge. Plaques ulcéreuses de la pointe de la langue. Le malade fumait beaucoup.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate ; Ki.

31 mars. — Sort sur sa demande blanchi.

1er septembre 1908. — Rentré dans le service pour accidents secondaires de la gorge... Le corps est couvert de syphilides ulcéreuses déjà anciennes.

7 septembre 1908. — Le malade sort guéri après 21 piqûres. Urines néant.

4 octobre 1908. — Depuis huit jours deux gommes de la racine de la verge. Le malade était en plein traitement quand sont survenus les accidents. Mal de gorge. Ulcération gommeuse du voile et de la luette.

Des deux gommes de la verge, l'une située directement à la racine, est ulcérée et de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Il y a une autre ulcération gommeuse à la même hauteur, mais sur le côté gauche.

Ulcération gommeuse du voile du palais et de la luette.

Syphilide papuleuse de l'avant-bras droit.

Urines : Néant.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate.

24 octobre. — Le malade est envoyé à Vincennes, guéri.

11 novembre 1908. — Rentre parce que la gomme pubienne s'est ouverte à nouveau. Polyadénie bilatérale.

*Traitement.* — Piqûres de benzoate et Ki. Vigo.

3 décembre 1908. — Le malade sort sur sa demande non encore guéri ; une des gommes non cicatrisées a les dimensions d'une pièce de 1 franc, l'autre est comme une pièce de 50 centimes. Depuis cette époque le malade a présenté une gomme de la langue en voie de guérison le 10 février 1990.

## OBSERVATION XIV (Résumée)

(Gaucher et Lacapère)

(*Bulletin de la Soc. de Dermatologie*, juillet 1901.)

*Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis*

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans qui moins de un an après le début de sa syphilis se présenta à notre observation avec une cécité presque complète et une exorbitis unilatérale gauche.

L'examen ophtalmoscopique montra des lésions de stase dues à une compression gênant la circulation en retour et produite par une tumeur rétro-oculaire. Le traitement mixte par les injections de benzoate d'hydrargyre et d'iodure de potassium amène la résolution de la gomme et la guérison définitive des troubles oculaires en moins de un mois.

## OBSERVATION XV (Résumée)

(Thèse Baudoin, XLIII.)

M..., ajusteur, prend la syphilis en 1884 à l'âge de vingt-cinq ans, sous forme d'un chancre qui disparaît assez rapidement.

Six mois après, éruption de syphilides ulcéreuses sur les bras et les jambes.

En 1885, perforation du voile du palais, syphilides du gland.

En 1886 gomme du pharynx. Lésions du pharynx (altération de la voix, raucité) survenues brusquement.

En 1887 syphilide gommeuse de la lèvre supérieure (occupant toute la lèvre) lésion datant d'un mois.

Syphilide gommeuse de la région du frein (siégeant au niveau du chancre).

Gomme du pharynx dont le début remonte à un an.

Troubles de la voix (raucité).

Symptômes généraux : amaigrissement notable, depuis un an le malade a perdu 20 livres.

. . . . . .

Pas d'antécédents pathologiques ni héréditaires. La gravité de la maladie nous semble imputable absolument à l'alcoolisme.

## OBSERVATION XVI (résumée)

(Thèse Baudoin, XXXV.)

F..., vingt-quatre ans, en juillet 1875, chancre du fourreau, gris, noir, creux, sec ; adénopathie bilatérale (un peu douloureuse à droite). Traitement : pilules de Ricord, pansement avec pommade au calomel, puis à l'iodoforme. En août, éruption de syphilides papuleuses, maux de tête. Bourgeonnement du chancre, tendance à la cicatrisation. Pilules de proto-iodure. En septembre, érosion buccale.

En janvier 1876, sans interruption antérieure du traitement, plaques lisses sur la langue. Au nez, syphilides croûteuses à croûte noire, large et épaisse, avec engorgement et dureté de l'aile du nez. A la lèvre, papule discoïde, proéminente (syphilide gommeuse). A la verge, syphilide polymorphe, cerclée, ulcéreuse, éruption de papules et papulo-squames ailleurs. Traitement ioduré. Amélioration consécutive.

## OBSERVATION XVII

(Thèse Baudoin, L.)

R..., trente et un ans. Chancre induré de la verge, dans le premiers jours de janvier 1875.

Céphalée au bout de quelques jours. Insomnie pendant deux mois. Traitement dès le début à 0 gr. 02 de proto-iodure puis à 4 centigrammes. Accidents secondaires : syphilides amygdaliennes, éruption psoriasiforme.

En juillet : 1° Tuméfaction saillante et douloureuse au niveau de la face dorsale du quatrième métacarpien de la main droite, et remontant à deux ou trois mois déjà.

2° Main gauche déformée ; gonflement très saillant et douloureux au toucher par périostose du cinquième métacarpien (datant de deux mois) et du second métacarpien (datant de quinze jours).

Epitrochlée volumineuse et douloureuse (périostose) depuis deux mois.

Malléole tibiale gauche épaissie en avant, douloureuse (périostose). Tête du radius droit gonflée.

Infiltration gommeuse de la luette qui est rouge sombre, épaissie, avec début d'ulcération à gauche.

Cicatrice du sillon encore rouge et fortement indurée. Dans l'aine gauche on sent un ganglion. Quelques papules cuivrées sur l'avant-bras.

On prescrit : Pilules de proto-iodure et iodure de potassium.

En août, amélioration générale, puis guérison.

## OBSERVATION XVII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

*Sporotrichose*

M^me^ P... Noémie, cinquante-neuf ans.

Entre le 5 mars 1908 (Polyclinique).

Aucun antécédent syphilitique.

A eu quatre enfants nés à terme.

Il y a cinq mois se plaignait de bronchite rebelle, de crises d'étouffement qualifiées asthme.

Ensuite, plaies aux jambes dont il persiste quelques cicatrices.

Ensuite gommes ulcérées du bras droit et du pli du coude. Gomme sous-cutanée au niveau de la clavicule gauche et gomme ramollie derrière l'épaule droite.

On pouvait penser à la syphilis, mais la dispersion de ces lésions, leur couleur livide rappellent plutôt la bacillose.

D'autre part, l'aspect sec et croûteux de l'ulcération fait penser à une sporotrichose.

*Examen de laboratoire :* positif pour la sporotrichose.

19 mars 1908. — Très grande amélioration ; les gommes du bras et de l'épaule sont presque guéries. La tumeur du poignet droit est en voie de disparition ainsi que celle qui est située sous la clavicule.

*Traitement.* — Trois grammes d'iodure et attouchement des plaies avec la liqueur de Gram.

27 mars 1908. — Les gommes fondent à vue d'œil.

9 avril. — La malade est guérie. Il reste des croûtes sèches.

19 septembre 1909. — La guérison persiste. Dans l'aisselle gauche, hydrosadénite très nette avec sommet accuminé blanchâtre. Pansements humides.

## OBSERVATION XVIII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

*Sporotrichose*

A... Victor, quarante ans, bizauteur sur verre, rue Mercœur, 17.

Le malade se présente le 20 juillet 1908 (Polyclinique).

En août 1908 le malade a remarqué pour la première fois la présence sur l'avant-bras gauche de tumeurs rouges qu'il a prises pour des furoncles, mais qui restent rouges depuis cette époque,

Quelques-unes sont ulcérées, d'autres sont recouvertes de croûtes noirâtres détachées sur les bords, déprimées au centre. Gommes sous-cutanées multiples du menton, des bras, des cuisses. Le malade a maigri de 20 kilogrammes en trois mois.

23 juillet. — On fait l'ensemencement du sang, on pense à de la sporotrichose probable.

3 août. — La culture sur gélose se présente très nettement comme une culture de sporotrichum.

Les gommes ulcérées ou non se localisent de la manière suivante:

Thorax : En avant : six au niveau des régions mammaires droite et gauche.

En arrière : il en existe quatorze dont onze cicatrisées, trois à la période de crudité, sous-cutanées.

Membres inférieurs : cinq gommes grosses comme des noix sur la face antérieure de la cuisse gauche, deux à la face antérieure de la cuisse droite.

Tête et cou : une de la dimension d'un œuf de poule, fluctuante sur la nuque et un peu à droite, deux au-dessous de la première, le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien.

Membre supérieur gauche : en présente dix-sept dont une comme un œuf de pigeon, au niveau du triceps. Ces gommes sont à des périodes variables de leur évolution : les unes à la période de crudité, d'autres fluctuantes, d'autres ulcérées.

Membre supérieur droit : en présente neuf à des stades variables de leur évolution. Traitement : Ki.

28 septembre 1908. — Deuxième séjour pour de nouvelles gommes. Examen de laboratoire positif pour la sporotrichose, Traitement : Ki.

5 novembre 1908. — Le malade sort guéri.

13 avril 1909. — Troisième séjour. Le malade revient avec les mêmes localisations, mais avec un plus grand nombre de gommes ulcérées donnant beaucoup de pus.

*Traitement.* — Pansements au lagol qui est remplacé le 26 avril par du vigo.

Le malade prend 4 grammes d'iodure par jour. Amélioration considérable.

Mai 1909. — Le malade, toujours au traitement ioduré, continue à souffrir du bras droit et présente à ce niveau plusieurs gommes qui ne sont pas entièrement cicatrisées.

## CONCLUSIONS

1° Les gommes précoces peuvent apparaître à une époque extrêmement rapprochée de l'accident primitif, coexister avec lui et des manifestations secondaires ;

2° Cette précocité des accidents dits tertiaires est un des faits qui prouvent qu'il n'y a pas d'accidents secondaires ou tertiaires, mais seulement une période secondaire avec lésions disséminées et généralisées, et une période tertiaire à lésions localisées et groupées ;

3° Le pronostic des gommes précoces est bénin.

---

Vu le Président de la thèse
E. GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

## BIBLIOGRAPHIE


*Fournier*. — Traité.

*Gaucher*. — Précis de Syphiligraphie.

*Du Castel*. — Tuberculoses cutanées.

*Beaudoin*. — Syphilis graves précoces. Thèse de Paris, 1888.

*Letellier*. — Gommes syphilitiques précoces. Thèse de Paris, 1896-1897.

*Logeay*. — Contribution à l'étude des gommes syphilitiques précoces. Thèse de Paris, 1908.

*Auclair* et *Paris*. — Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique. Constitution chimique du bacille de Koch et de sa substance unissante. Ses rapports avec l'acido-résistance.

*Auclair*. — L'acido-alcoolo-résistance dans ses relations avec l'identité du bacille de Koch.

*Mauriac*. — Syphilis primitive et secondaire.

*Petit*. — Thèse de Paris, 1872.

*Fournier*. — Les échéances du tertiarisme.

*Rubens-Duval* et *Monier-Vinard*. — Société médicale des Hôpitaux, 25 octobre 1907. Contribution à l'étude expérimentale et microbiologique de la sporotrichose.

*Gougerot*. — Tribune médicale, janvier-février 1907. Mycoses sous-cutanées (nodules et abcès hypodermiques).

*Gougerot*. — Annales des maladies vénériennes, mars 1907,

Diagnostic de la syphilis et des sporotrichoses cutanées et sous-cutanées.

*Monnier-Vinard.* — Presse médicale, juillet 1907. Formes cliniques et diagnostic de la sporotrichose.

*Dubuc.* — Thèse de Paris, 1864.

*Basset.* — Etude sur les gommes syphilitiques sous-cutanées. Thèse de Paris, 1884.

*Carle.* — Tertiarisme précoce. Chancre phagédénique et gommes du palais. Annales de dermatologie, 1906.

*Neumann.* — Gommes syphilitiques précoces. Annales de dermatologie, 1892.

*Popper.* — Syphilis maligne précoce. Annales de dermatologie, 1888.

*Mauriac.* — Cas de syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium, 1889.

*Mauriac.* — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.

— — Nouvelles leçons sur les maladies vénériennes. Leçons sur la syphilis tertiaire, 1889.

*Martigny* (A. de). — Les accidents précoces de la syphilis tertiaire in Clinique Montréal, 1895-1896.

*Lancereaux.* — Traité de la syphilis, 1872.

*Hallopeau* et *Boudet.* — Sur un cas de syphilis tertiaire précoce. Gomme du frontal et perforation. Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 1907.

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.